

## မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်းဆိုင်ရာ အစီရင်ခံစာ

### Disability Report

ဆေးဝါးကုသခြင်းဆိုင်ရာ မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်း ဆုံးဖြတ်ချက်  
DSHS 14-144A

မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်းဆိုင်ရာ အစီရင်ခံစာပုံစံ **DSHS 14-144A**သည် မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်းဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ခြင်းဌာနကြီး (Division of Disability Determination, DDDS) မှ ဆေးဝါးကုသမှုဆိုင်ရာ မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်းကို ဆုံးဖြတ်ရာ၌ အသုံးပြုရန် အမှုသည်တစ်ယောက်၏ မသန်မစွမ်းဖြစ်မှု၊ ဆေးဝါးကုသခြင်း အထောက်အထားနှင့် အလုပ်ရာဇဝင်စသော သတင်းအချက်အလက်များကို စုဆောင်းသည်။

လူမှုဖူလုံရေးဝန်ထမ်းသည် **DSHS 14-144A** ကိုစတင်သည်။ လူမှုဖူလုံရေးဝန်ထမ်းသည် ပုံစံပေါ်တွင် အလုပ်သမား၏ အမည်၊ လူမှုအစုဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းရုံး (Community Service Office, CSO) နှင့် တယ်လီဖုန်း နံပါတ်တို့ကို ရေးသားထားကြောင်းကို သေချာအောင်ပြုလုပ်သင့်သည်။ တောင်းခံသော မသန်မစွမ်းဖြစ်မှုဆုံးဖြတ်ချက်သည် ဆေးဝါးကုသမှုအကူအညီ ပေးခြင်းမခံရခြင်း (Non-Grant Medical Assistance, NGMA) သို့မဟုတ် မသန်မစွမ်းသည့် အလုပ်သမားများအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု (Healthcare for Workers with Disabilities, HWD) အတွက် ဖြစ်သည်ဟုဖော်ပြရန် သင့်လျော်သော လေးထောင့်ကွက်ကိုစစ်ဆေးပါ။ ဖြည့်သွင်းပြီးသောပုံစံအား မသန်မစွမ်းမှုဆုံးဖြတ်ခြင်းအစဉ်ပေါင်းထည့်ပါ။

1. လူမှုဖူလုံရေးဝန်ထမ်းသည် အမည်၊ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (Social Security Number, SSN)၊ နှင့် အမှုသည်၏ မသန်မစွမ်းသော အခြေအနေကို ဖော်ပြရန် ခေါင်းစဉ်ကိုဖြည့်သွင်းသည်။
2. လူမှုဖူလုံရေးဝန်ထမ်းသည် အပိုင်း 1 - သင်၏အခြေအနေနှင့် ပတ်သက်သော သတင်းအချက်အလက်များကို အမှုသည်ဖြည့်သွင်းရန် ကူညီနိုင်မည်။ ရက်စွဲများသည် အတိအကျ ဖြစ်ရန် မလိုပါ။ သို့သော် လနှင့်နှစ်ကို ထင်ဟပ်သင့်သည်။
3. လူမှုဖူလုံရေးဝန်ထမ်းသည် အပိုင်း 2 - သင်၏ ဆေးဝါးကုသခြင်းမှတ်တမ်းများနှင့် ပတ်သက်သော သတင်းအချက်အလက်များကို အမှုသည်ဖြည့်သွင်းရန် ကူညီနိုင်မည်။ သမားတော်များနှင့် ကုသမှုရင်းမြစ်များကို ဖြည့်စုံနိုင်သမျှပြည့်စုံစွာ ဖော်ပြရန်အရေးကြီးသည်။
4. လူမှုဖူလုံရေးဝန်ထမ်းသည် အပိုင်း 3 - သင်၏ လုပ်ငန်းနှင့် ပတ်သက်သော သတင်းအချက်အလက်များကို အမှုသည်ဖြည့်သွင်းရန် ကူညီနိုင်မည်။ လူမှုဖူလုံရေးဝန်ထမ်းသည် အမှုသည်၏ ကန့်သတ်ချက်များ ရှင်းလင်းစွာဖော်ပြထားသည်ကို သေချာစေရန် သတင်းအချက်အလက်များကို ပြန်လည်၍ လေ့လာသုံးသပ်သင့်သည်။
5. လူမှုဖူလုံရေးဝန်ထမ်းသည် အပိုင်း 4 - သင်၏ ပညာရေးနှင့် ပတ်သက်သော သတင်းအချက်အလက်များကို အမှုသည်ဖြည့်သွင်းရန် ကူညီနိုင်မည်။ အကယ်၍ ကျောင်းသင်ခန်းစာများသည် အထူးပညာရေးသင်ခန်းစာများ ဖြစ်ခဲ့ပါက ၎င်းကို မှတ်ချက်ပြုသင့်သည်။
6. လူမှုဖူလုံရေးဝန်ထမ်းသည် အပိုင်း 5 - သင်၏ လုပ်ခဲ့သော အလုပ်နှင့် ပတ်သက်သော သတင်းအချက်အလက်များကို အမှုသည်ဖြည့်သွင်းရန် ကူညီနိုင်မည်။ အလုပ်ရှင်များ တစ်ဦးချင်းစီကို စာရင်းမပြုစုသင့်ပါ။ အလုပ်အမျိုးအစားကိုသာ စာရင်းပြုစုပါ။
7. လူမှုဖူလုံရေးဝန်ထမ်းသည် အပိုင်း 6 - မှတ်ချက်များ ရှိအချက် 1 ကို အမှုသည်ဖြည့်သွင်းရန် ကူညီနိုင်မည်။ အချက် 2 မှ 6 အထိသည် လူမှုဖူလုံရေးဝန်ထမ်း ဖြည့်သွင်းရမည့်ဖြစ်သည်။

**မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်းဆိုင်ရာ အစီရင်ခံစာ**  
**Disability Report**

ဆေးဝါးကုသခြင်းဆိုင်ရာ မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်း ဆုံးဖြတ်ချက်

တောင်းခံခြင်းသည်အတွက်-

ဆေးဝါးကုသခြင်းအကူအညီပေးခြင်းမခံရခြင်း (Non-Grant Medical Assistance, NGMA)

မသန်မစွမ်းသည့်အလုပ်သမားများအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု (Healthcare for Workers with Disabilities, HWD)

ဤလျှောက်လွှာပုံစံကို တောင်းခံသူ သို့မဟုတ် တောင်းခံသူကို ကိုယ်စားပြုသူနှင့် လူတွေ့စစ်ဆေးစဉ်အတွင်း လူမှုဖူလုံရေးဝန်ဆောင်မှုဝန်ထမ်းသည် ဖြည့်သွင်းသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ ကွန်ပျူတာမှ ရိုက်ထုတ်ပါ။ လက်နှိပ်စက် ရိုက်၍ သို့မဟုတ် ရှင်းလင်းပြတ်သားစွာရေးပြီး သင်၏စွမ်းဆောင်နိုင်မှုအကောင်းဆုံးဖြင့် အချက်အားလုံးကိုဖြေဆိုပါ။ မေးခွန်းအားလုံးကိုဖြေဆိုပါ။ ပြီးပြည့်စုံသောအဖြေများသည် တောင်းခံခြင်းလုပ်ငန်းစဉ် အရေး ယူဆောင်ရွက်ခြင်းကို ကူညီသည်။ ပုံစံရှိ မည့်သည့်မေးခွန်းကို မဆိုဖြေဆိုရန် နေရာပို၍ သင်လိုအပ်ပါကအပိုင်း 6 သို့မဟုတ် အပိုစာရွက်များကိုတွဲပါ။

1. တောင်းခံသူအမည်/ နာမည်ပွား	2. လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်	3. တယ်လီဖုန်းနံပါတ် (နယ်မြေဒေသ သညာမှတ်)
4. ကြားလူ အဆက်အသွယ် အမည်	တယ်လီဖုန်း နံပါတ် ( နယ်မြေဒေသ သညာမှတ်)	
လိပ်စာ		

5. သင်၏ မသန်မစွမ်းဖြစ်သည့် အခြေအနေမှာ မည်သည့်အရာဖြစ်သနည်း။ သင့်ကို အလုပ်လုပ်ခြင်းမှ ရပ်ဆိုင်းစေသည့် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်း သို့မဟုတ် နေမကောင်းဖြစ်ခြင်းတို့ကို အချုပ်အားဖြင့် ရှင်းပြပါ။

**အပိုင်း 1- သင်၏အခြေအနေနှင့် ပတ်သက်သောသတင်းအချက်အလက်များ**

1. မည်သည့်နေ့တွင် သင်၏အခြေအနေသည် သင့်ကို ပထမဆုံး အနှောင့်အယှက်ပေးခဲ့သနည်း။ \_\_\_\_\_  
 လ ရက် နှစ်

	လုပ်ခဲ့သည်	မလုပ်ခဲ့ပါ
2A. အထက်ပါ အချက် 1 တွင်ဖော်ပြထားသည့် ရက်စွဲနောက်ပိုင်း သင်အလုပ်လုပ်ခဲ့ပါသလား။ အကယ်၍ သင်သည် အငြင်းကို ဖြေခဲ့ပါကအောက်ရှိ 3A နှင့် 3B သို့သွားပါ။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2B. အကယ်၍ 2A ခွဲသင်လုပ်ခဲ့သည်ဟုဖြေခဲ့ပါက၊ သင်၏အခြေအနေသည် သင့်ကိုပြောင်းလဲရန်ပြုလုပ်ခဲ့ပါသလား- သင်၏အလုပ် သို့မဟုတ် အလုပ်တာဝန်များ။ ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> သင်၏အလုပ်ချိန်နာရီများ။ ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> သင်၏အလုပ်တက်ရောက်ခြင်း။ ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> သင်၏အလုပ်နှင့်ပတ်သက်သည့် အခြားအရာများ။ ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
2C. အကယ်၍ 2B ရှိမည့်သည့်အချက်ကိုမဆို သင် မှန်ပါသည်ဟုဖြေခဲ့လျှင်၊ သင်၏အလုပ်အခြေအနေတွင်ပြောင်းလဲမှုများ၊ ငင်းတိုဖြစ်ပွားခဲ့သောရက်စွဲများနှင့် သင်၏ အခြေအနေသည် ထိုပြောင်းလဲမှုများ လိုအပ်သည်ကို မည်သို့ပြုလုပ်ခဲ့ပုံ တို့ကိုရှင်းပြပါ။		

2. 3A. သင်၏အခြေအနေသည် သင့်အားအလုပ်မှ နောက်ဆုံးရပ်ဆိုင်းသွားစေရန် မည်သည့်အချိန်၌ ပြုလုပ်ခဲ့သနည်း။ \_\_\_\_\_  
 လ ရက် နှစ်

3B. သင်၏အခြေအနေသည် ယခုသင့်အား အလုပ်လုပ်ခြင်းမှ မည်သို့ထိန်းထားသည်ကို ရှင်းပြပါ-

**အပိုင်း 2- သင်၏ဆေးဝါးကုသခြင်းမှတ်တမ်းများနှင့် ပတ်သက်သည့် သတင်းအချက်အလက်များ**

1. သင်၏ မသန်မစွမ်းမှုအခြေအနေနှင့် ပတ်သက်၍ နောက်ဆုံးဆေးဝါးကုသခြင်းမှတ်တမ်းများရှိသည့် ဆရာဝန်၏ အောက်ပါ သတင်းအချက်အလက်များကို ထည့်သွင်းဖော်ပြပါ-	<input type="checkbox"/> အကယ်၍ သင်၏ မသန်မစွမ်း အခြေအနေအတွက် ဆရာဝန် နှင့် သင်မည်သည့်အခါကမျှ မတွေ့ခဲ့ပါက ဤနေရာ၌ အမှတ်အသားပြုပါ။
ဆရာဝန်၏အမည်/ ဆေးခန်း	တယ်လီဖုန်းနံပါတ် (နယ်မြေဒေသ သညာမှတ်)
လိပ်စာ	သင်ထံဆရာဝန်ကို ပထမဆုံး တွေ့ခဲ့သော ရက်စွဲ
ဖျားနာခြင်း သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်းအတွက် သင်ရယူခဲ့သော စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် ကုသမှု	သင်ထံဆရာဝန်ကို နောက်ဆုံး တွေ့ခဲ့သော ရက်စွဲ
ရရှိခဲ့သော ကုသမှု သို့မဟုတ် ဆေးဝါးအမျိုးအစား(ဆိုလိုသည်မှာ- ခွဲစိတ်ကုသမှု၊ ဓာတုကုသမှု၊ ရေဒီယိုဓာတ်ရောင်ခြည်နှင့်ကုသခြင်း နှင့် သင်၏ ဖျားနာခြင်း သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှုအတွက် သင်သောက်သုံးခဲ့သောဆေးဝါးများ အကယ်၍ သိရှိခဲ့ပါက)။ အကယ်၍ ကုသမှု သို့မဟုတ် ဆေးဝါးများ မရယူခဲ့ပါကမည်သည့်အရာမျှ မရယူခဲ့ပါ ဟုရေးသားပါ။	
2. သင်၏ မသန်မစွမ်းမှုအခြေအနေ စတင်ခဲ့ကတည်းက သင်သည် အခြားဆရာဝန်များနှင့် တွေ့ခဲ့ပါသလား။ <input type="checkbox"/> တွေ့ခဲ့ပါသည် <input type="checkbox"/> မတွေ့ခဲ့ပါ	
အကယ်၍ တွေ့ခဲ့ပါကအောက်ဖော်ပြပါ ကိုဖြေဆိုပါ-	
ဆရာဝန်၏အမည်/ ဆေးခန်း	တယ်လီဖုန်းနံပါတ် (နယ်မြေဒေသ သညာမှတ်)
လိပ်စာ	သင်ထံဆရာဝန်ကို ပထမဆုံး တွေ့ခဲ့သော ရက်စွဲ

ဖျားနာခြင်း သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်းအတွက် သင်ရယူခဲ့သော စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် ကုသမှု	သင်ထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်းကို နောက်ဆုံး တွေ့ခဲ့သော ရက်စွဲ			
ရရှိခဲ့သော ကုသမှု သို့မဟုတ် ဆေးဝါးအမျိုးအစား(ဆိုလိုသည်မှာ-ခွဲစိတ်ကုသမှု၊ဓာတုကုထုံး၊ရေဒီယိုဓာတ်ရောင်ခြည်နှင့်ကုသခြင်း နှင့် သင်၏ ဖျားနာခြင်း သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှုအတွက် သင်သောက်သုံးခဲ့သောဆေးဝါးများ အကယ်၍ သိရှိခဲ့ပါက)။ အကယ်၍ ကုသမှု သို့မဟုတ် ဆေးဝါးများ မရယူခဲ့ပါကမည်သည့်အရာမျှ မရယူခဲ့ပါ ဟုရေးသားပါ။				
<b>အကယ်၍ ဤဖျားနာခြင်း သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်း စကတည်းက နောက်ထပ်ဆရာဝန်များကို သင်တွေ့ခဲ့ပါက၊အထက်ဖော်ပြပါ သတင်းအချက်အလက်များနှင့်အတူ အပိုစာရွက်များကို တွဲတင်ပေးပါ။</b>				
<b>3. သင်၏ မသန်မစွမ်းဖြစ်မှု အခြေအနေအတွက် သင်သည် ဆေးရုံ ၌ ကုသမှုခံယူခဲ့ရခြင်း ရှိပါသလား။</b> <input type="checkbox"/> ရှိပါသည် <input type="checkbox"/> မရှိပါ <b>အကယ်၍ ရှိပါကအောက်ဖော်ပြပါကို ဖြေဆိုပါ-</b>				
ဆေးရုံ ၏ အမည်	တယ်လီဖုန်းနံပါတ် (နယ်မြေဒေသ သညာမှတ်)			
လိပ်စာ				
သင် သွားရောက်ခဲ့သည့် ရက်စွဲများကို ဖော်ပြပါ။				
ဖျားနာခြင်း သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်းအတွက် သင်ရယူခဲ့သော စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် ကုသမှု				
ရရှိခဲ့သော ကုသမှု သို့မဟုတ် ဆေးဝါးအမျိုးအစား (ဆိုလိုသည်မှာ-ခွဲစိတ်ကုသမှု၊ဓာတုကုထုံး၊ရေဒီယိုဓာတ်ရောင်ခြည်နှင့်ကုသခြင်း နှင့် သင်၏ ဖျားနာခြင်း သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှုအတွက် သင်သောက်သုံးခဲ့သောဆေးဝါးများ အကယ်၍ သိရှိခဲ့ပါက)။ အကယ်၍ ကုသမှု သို့မဟုတ် ဆေးဝါးများ မရယူခဲ့ပါကမည်သည့်အရာမျှ မရယူခဲ့ပါ ဟုရေးသားပါ။				
<b>4. အကယ်၍ သင်၏ဖျားနာခြင်း သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်းအတွက် သင်သည် အခြားဆေးရုံများသို့ သွားရောက်ခဲ့ပါက အောက်ပါတို့ကို ဖြေဆိုပါ-</b>				
ဆေးရုံ ၏ အမည်	တယ်လီဖုန်းနံပါတ် (နယ်မြေဒေသ သညာမှတ်)			
လိပ်စာ				
သင် သွားရောက်ခဲ့သည့် ရက်စွဲများကို ဖော်ပြပါ။				
ဖျားနာခြင်း သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်းအတွက် သင်ရယူခဲ့သော စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် ကုသမှု				
ရရှိခဲ့သော ကုသမှု သို့မဟုတ် ဆေးဝါးအမျိုးအစား (ဆိုလိုသည်မှာ-ခွဲစိတ်ကုသမှု၊ဓာတုကုထုံး၊ရေဒီယိုဓာတ်ရောင်ခြည်နှင့်ကုသခြင်း နှင့် သင်၏ ဖျားနာခြင်း သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှုအတွက် သင်သောက်သုံးခဲ့သောဆေးဝါးများ အကယ်၍ သိရှိခဲ့ပါက)။ အကယ်၍ ကုသမှု သို့မဟုတ် ဆေးဝါးများ မရယူခဲ့ပါကမည်သည့်အရာမျှ မရယူခဲ့ပါ ဟုရေးသားပါ။				
<b>အကယ်၍ သင်၏ဖျားနာခြင်း သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်းအတွက် သင်သည် အခြားဆေးရုံများ သို့မဟုတ် ဆေးခန်းများသို့ သွားရောက်ခဲ့ပါက အမည်များ၊ ရက်စွဲများနှင့် အကြောင်းပြချက်များကို အပိုင်း 6 တွင် စာရင်းပြုစုပါ သို့မဟုတ် အပိုစာရွက်များကိုတွဲတင်ပါ။</b>				
<b>5. ပြီးခဲ့သောနှစ်တွင် သင့်၌ အောက်ဖော်ပြပါ စစ်ဆေးခြင်းများထဲမှ မည်သည့်စစ်ဆေးခြင်းကို ခံယူခဲ့သနည်း။ အောက်တွင် သင့်လျော်သောလေးထောင့်ကွက်ကို အမှန်အမှတ်အသားပြုပြီး၊ အကယ်၍ သင်သည် “ခံယူသည်” ဟုဖြေဆိုပါက မည်သည့်နေရာနှင့် မည်သည့်အချိန်တွင် စစ်ဆေးမှုပြုလုပ်ခဲ့သည်ကို ဖော်ပြပါ။</b>				
စစ်ဆေးခြင်း	ခံယူသည်	မခံယူပါ	မည်သည့်နေရာတွင်ပြုလုပ်သည်	မည်သည့်အချိန်တွင်ပြုလုပ်သည်
အိမ်စီရိုဆွဲခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ရင်ဘတ်ခါတ်မှန် ရိုက်ခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
အခြားခါတ်မှန် ရိုက်ခြင်း (အမျိုးအစား သတ်မှတ်ဖော်ပြရန်)-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
အသက်ရှူခြင်း စစ်ဆေးခြင်းများ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
သွေးစစ်ဆေးခြင်းများ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
အခြား(သတ်မှတ်ဖော်ပြရန်)-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**အပိုင်း 2- ဆေးဝါး စာရင်း**

ဆေးဝါး အမည်	မှ ညွှန်ကြားသည် (ဆရာဝန် အမည်)	ဆေးဝါးအတွက် အကြောင်းပြချက်

**အကယ်၍ သင်သည် ဆေးဝါးများကို ပို၍အသုံးပြုခဲ့ပါက၊ အထက်ပါ သတင်းအချက်အလက်များနှင့်အတူ အပို စာရွက်များကို တွဲတင်ပါ။**

**အပိုင်း 4- သင်၏ ပညာရေးနှင့် ပတ်သက်သော သတင်းအချက်အလက်များ**

1. သင်ပြီးဆုံးခဲ့သော ကျောင်း၏အမြင့်ဆုံးအတန်းမှာအဘယ်နည်း။ \_\_\_\_\_ မည်သည့်နှစ်။ \_\_\_\_\_
2. သင်သည် ရောင်းဝယ်မှု သို့မဟုတ် အသက်မွေးမှုလုပ်ငန်းကျောင်းသို့ တက်ရောက်ခဲ့ခြင်း သို့မဟုတ် မည်သည့်အထူးသင်တန်းကိုမဆိုတက်ရောက်ခဲ့ခြင်းရှိခဲ့ပါသလား။  
 ရှိခဲ့ပါသည်  မရှိခဲ့ပါ **အကယ်၍ ရှိခဲ့ပါက၊ အောက်ဖော်ပြပါ ကိုဖြေဆိုပါ-**

ရောင်းဝယ်မှု သို့မဟုတ် အသက်မွေးမှုလုပ်ငန်းကျောင်း သို့မဟုတ် သင်တန်းအမျိုးအစား	သင်တက်ရောက်ခဲ့သော အနီးစပ်ဆုံးရက်စွဲများ
---	---

ဤကျောင်းတက်ခြင်း သို့မဟုတ် သင်တန်းကို သင်ပြလုပ်ခဲ့သောမည်သည့်အလုပ်၌မဆို မည်သို့အသုံးပြုခဲ့သနည်း။

**အပိုင်း 5- သင်ပြုလုပ်ခဲ့သောအလုပ်နှင့် ပတ်သက်သည့် သတင်းအချက်အလက်များ**

သင်အလုပ်မရပ်ဆိုင်းခင် ပြီးခဲ့သော 15 နှစ်အတွင်း သင်လုပ်ခဲ့သောအလုပ်များကို စာရင်းပြုစုပါ။ သင်၏ လုပ်နေကျအလုပ်ဖြင့်စတင်ပါ။ ၎င်းသည် သင်အကြာဆုံးလုပ်ခဲ့သော အလုပ်အမျိုးအစား ကိုဆိုလိုသည်။ အကယ်၍ သင့်၌ 6 တန်းအဆင့်ပညာရေး သို့မဟုတ် နိမ့်ကျသောပညာအရည်အချင်းရှိပြီးနှင့် အလုပ်ကြမ်းကိုသာ 35 နှစ် သို့မဟုတ် ပို၍ လုပ်ကိုင်ခဲ့ပါက၊ သင်အလုပ်လုပ်ခဲ့စဉ် ကတည်းက လုပ်ခဲ့သော အလုပ်အားလုံးကိုစာရင်းပြုစုပါ။ အကယ်၍ သင်နေရာလွတ်ပို၍လိုပါက၊ အပိုစာရွက်များကိုတွဲတင်ပေးခြင်း သို့မဟုတ် အပိုင်း 6 ကို အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။

အလုပ်ခေါင်းစဉ်	အလုပ်အမျိုးအစား	မှ	အထိ	တစ်ပတ်လျှင်အလုပ်လုပ်ရက်	လစာပေးနှုန်း (နာရီရက်၊ ရက်သတ္တပတ်၊ လ သို့မဟုတ် နှစ်အလိုက်)

- 2A. အထက်ပါ သင်၏လုပ်နေကျအလုပ်စာရင်း၌ သင်သည်- ရှိပါသည်  မရှိပါ
- မည်သည့်စက်များ၊ ပစ္စည်းကိရိယာများကိုမဆို အသုံးပြုခဲ့ခြင်းရှိပါသလား။ .....
- နည်းပညာဆိုင်ရာအသိ သို့မဟုတ် ကျွမ်းကျင်မှုကို အသုံးပြုခဲ့ခြင်းရှိပါသလား။ .....
- မည်သည့်ရေးသားခြင်းမျိုးကိုမဆို ပြုလုပ်ခဲ့ခြင်း၊ မှတ်တမ်းတင်ခြင်း သို့မဟုတ် အလားတူ တာဝန်များကိုဆောင်ရွက်ခဲ့ခြင်းများ ရှိပါသလား။ .....
- ကြီးကြပ်ရမည့်တာဝန်များ ရှိခဲ့ပါသလား- .....

2B. ရှိပါသည်ဆိုသောအဖြေများအားလုံးအတွက် ဖော်ပြချက်အပြည့်အစုံ ပေး၍ရင်းပြပါ။ သင်အသုံးပြုခဲ့သည့် စက်များ၊ ပစ္စည်းကိရိယာများ၏ အမျိုးအစားနှင့် သင်ဆောင်ရွက်ခဲ့သော လုပ်ငန်းအတိအကျ၊ ပါဝင်ခဲ့သည့်နည်းပညာဆိုင်ရာအသိ သို့မဟုတ် ကျွမ်းကျင်မှုများ၊ သင်ပြုလုပ်ခဲ့သည့် ရေးသားခြင်းအမျိုးအစားနှင့် မှတ်တမ်းများ၏ သဘာဝ၊ သင်ကြီးကြပ်ခဲ့သည့် လူအရေအတွက်နှင့် သင်၏ ကြီးကြပ်ခြင်းအတိုင်းအတာ။

2C. အောက်ဖော်ပြပါမှ အကောင်းဆုံးအဖြေကိုရွေး၍ ထုံးစံဖြစ်သည့် တစ်ရက်တာအတွင်း သင်၏ပုံမှန်အလုပ်တွင် ပါဝင်ရသည့် ကိုယ်ပိုင်းဆိုင်ရာလှုပ်ရှားမှုပမာဏနှင့် အမျိုးအစားကို ဖော်ပြပါ။

သင်သည်တစ်ရက်လျှင်နာရီပေါင်းမည်မျှပြုလုပ်သနည်း-လမ်းလျှောက်ခြင်း။  0  1  2  3  4  5  6  7  8

ရပ်ခြင်း။  0  1  2  3  4  5  6  7  8

ထိုင်ခြင်း။  0  1  2  3  4  5  6  7  8

သင်သည်တစ်ရက်လျှင်မည်သို့မကြာခဏပြုလုပ်သနည်း-ကွေးခြင်း။  ဘယ်သောအခါမျှ  ရံဖန်ရံခါ  မကြာခဏ  အမြဲတမ်း

ဆန့်ခြင်း။  ဘယ်သောအခါမျှ  ရံဖန်ရံခါ  မကြာခဏ  အမြဲတမ်း

မခြင်းနှင့် သယ်ယူခြင်း- မည်သည့်အရာကိုမဆိုပြီး ၎င်းကို အကွာအဝေးမည်မျှအထိ သယ်ယူခဲ့သည်ကို ဖော်ပြပါ။

သင်မခွဲသော အလေးဆုံး အလေးချိန်မှာအဘယ်နည်း။  10 ပေါင်  20 ပေါင်  50 ပေါင်  100 ပေါင်  ပေါင် 100 ထက်ပိုသော

သင်မကြာခဏ မခွဲသော သို့မဟုတ် သယ်ယူခဲ့သော အလေးချိန်မှာ အဘယ်နည်း။  10 ပေါင်အထိ  25 ပေါင်အထိ  50 ပေါင်အထိ

100 ပေါင်အထိ

**အပိုင်း 6- မှတ်ချက်များ**

1. ပြီးခဲ့သောမည်သည့်မေးခွန်းများကိုမဆို ဖြေရန်နောက်ထပ်နေရာလွတ်အဖြစ် ဤအပိုင်းကို သုံးပါ။ သင်၏မသန်မစွမ်းမှု တောင်းခံခြင်းအတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ကိုပြုရာ၌ အကူအညီရမည် ဟုသင်ထင်သော မည်သည့်အပိုသတင်းအချက်အလက်မျိုးကိုမဆို ပေးရန်လည်းဤနေရာလွတ်ကိုသုံးပါ။(ယခင်က စာရင်းပြုခဲ့ခြင်းမရှိသော အခြားမကျန်းမာမှုများ သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ် ရာများနှင့် ပတ်သက်သော သတင်းအချက်အလက်များကိုသို့)။

**တွေ့ဆုံမေးမြန်းသူ မှ ဖြည့်စွက်ရန်**

2. တောင်းခံသူသည် အင်္ဂလိပ်စကားပြောပါသလား။  ပြောပါသည်  မပြောပါ အကယ်၍ မပြောပါကမည်သည့်ဘာသာစကားကို သူ/သူမသည် ပြောသနည်း-

3. တောင်းခံသူသည် သူ သို့မဟုတ် သူမ၏တောင်းခံခြင်းကို အရေးယူဆောင်ရွက်ရာ၌ အကူအညီလိုအပ်ပါသလား။  လိုအပ်ပါသည်  မလိုအပ်ပါ

**အကယ်၍ လိုအပ်ပါက၊ စာမျက်နှာ 1 ပေါ်ရှိ ကြားလူ အဆက်အသွယ်ကို ဖြည့်စွက်ပါ။**

4. တောင်းခံသူနှင့် လူတွေ့စစ်ဆေးစဉ် အောက်ပါအခက်အခဲများမှ မည်သည့်အရာကိုမဆို တွေ့ရှိပါကအမှတ်အသားပြုပါ။

- စာဖတ်ခြင်း
- ရေးသားခြင်း
- မေးခွန်းများဖြေခြင်း
- ကြားခြင်း
- ထိုင်ခြင်း
- နားလည်ခြင်း
- လက်များအသုံးပြုခြင်း
- အသက်ရှူခြင်း
- မြင်ခြင်း
- လမ်းလျှောက်ခြင်း
- အခြား(သတ်မှတ်ရန်)-
- မည်သည့်အရာမျှ မတွေ့ရှိခဲ့ပါ

အကယ်၍ အထက်ဖော်ပြပါအချက်များမှ မည်သည့်အရာကိုမဆို စစ်ဆေးတွေ့ရှိခဲ့ပါကပါဝင်ပတ်သက်ခဲ့သည့် အခက်အခဲအတိအကျကို ဖော်ပြပါ-

5. ဆိုင်းငံ့ထားသော/ယခု GAU မည်သည့် တန်ဖိုးဖြတ်ချင့်တွက်ခြင်းမဆို ရှိပါသလား။  ရှိပါသည်  မရှိပါ

ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ- ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

စိတ်ကျန်းမာရေး- ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

6. တောင်းခံသူကို အပြည့်အစုံဖော်ပြပါ(ဥပမာ-ယေဘုယျဖွဲ့စည်းပုံအရပ်ကိုယ်အလေးချိန်အပြုအမူအထက်တွင် ဖော်ပြထားသည်တို့ကို ပေါင်းထည့်ခြင်း သို့မဟုတ် အပိုဆောင်းခြင်းပြုသည့် မည်သည့်အခက်အခဲမဆို)-

တွေ့ဆုံမေးမြန်းသူ ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ	တွေ့ဆုံမေးမြန်းသူ ၏ အမည်(လက်နှိပ်စက်ရိုက်နှိပ်ခြင်း သို့မဟုတ် ပုံနှိပ်ခြင်း)
တွေ့ဆုံမေးမြန်းသူ ၏ တယ်လီဖုန်းနံပါတ် (ခရီးယာ သညာမှတ်)		လူမှုအစု ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများရုံး